|  |
| --- |
| HVCVL/ES/TRANSFUSION/CONTROLE-COMPATIBILITE-CGR |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 01/01/2022 |
| Version : 04 |

**Contrôle ultime biologique de compatibilité pour les CGR (AB Test Card)**

***Objectifs :***

Fiche technique de description du contrôle ultime biologique de compatibilité pour les CGR (AB Test Card)

***Textes de références*** :

* Instruction N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 concernant la réalisation de l’acte transfusionnel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.SAPEYCoordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **DOCUMENTS ASSOCIES** |
| Réalisation du contrôle ultime de compatibilité au lit du patientSe rendre auprès du patient et l’informer de la pose de la transfusionVérifier l’identité du patient :* En lui faisant décliner nom de naissance, prénom et date de naissance
* Et/ou en vérifiant les informations sur le bracelet d’identification du patient

 Vérifier la concordance de l’identité du patient avec :* La prescription médicale
* Le bordereau de délivrance
* 2 déterminations phénotypage érythrocytaire ABO RHKEL1
* Les résultats des RAI

 Vérifier que le produit soit bien celui correspondant aux documents :* Concordance de groupe ABO RHKEL1 entre le CGR, les 2 déterminations phénotypage érythrocytaire ABO RHKEL1 et le bordereau de délivrance (type de PSL, numéro d’identification, groupage, qualifications)
* Concordance du n° CGR entre le CGR et le bordereau de délivrance

 Vérifier la date de péremption du CGR et celle de la carte de contrôle ultime de compatibilité Inscrire sur la carte :* Noms naissance, prénom et date de naissance du patient (ou coller une étiquette)
* Numéro du culot globulaire (ou coller une étiquette du CGR)
* Date et heure de la réalisation du test
* Nom et signature de l’IDE qui effectue le test

  Effectuer le test de contrôle ultime de compatibilité **Hydratation**Mettre solution de lavage dans chaque puits jusqu’à ce que le bleu et le jaune virent au vert   Tester le sang du culotTester le sang du patientRéhydrater les zones réactives, homogénéiser la tubulure et déposer une goutte de sang sur les zones réactives Anti-A et anti-B correspondantesPiquer le patient et poser son doigt contre les zones réactives Anti-A et anti-B correspondantes | - Prescription médicale- Bordereau de délivrance- 2 déterminations phénotypage érythrocytaire ABO RHKEL1- Résultats RAI- CGR- Bordereau de délivrance- 2 déterminations phénotypage érythrocytaire ABO RHKEL1- CGR- Carte de contrôle de compatibilité- CGR- Carte de contrôle de compatibilité |